Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4203

25. 03. 96

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Petra Bläss, Dr. Heidi Knake-Werner, Heidemarie Lüth und der Gruppe der PDS
— Drucksache 13/4012 —

Umsetzung der Bestimmungen zum Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen

In den §§ 66 bis 68 sowie in § 111 des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) werden Regelungen zum Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen dargelegt. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat dazu laut Gesetz in entsprechenden Verordnungen Näheres zu bestimmen. In § 111 PflegeVG wird ein Risikoausgleich zwischen den privaten Kassen vorgesehen.

1. Wie gestaltete sich per 31. Dezember 1995 die Einnahmen- und Ausgabensituation der den Krankenkassen zugeordneten Pflegekassen (gesetzlich und privat) sowohl insgesamt als auch differenziert nach den einzelnen Kassen?

Finanzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung

Detaillierte Rechnungsergebnisse liegen dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nur für die soziale Pflegeversicherung insgesamt vor, nicht jedoch für die einzelnen Kassen.

Nach der jetzt vorliegenden Finanzstatistik der sozialen Pflegekassen (PV 45) belaufen sich in der sozialen Pflegeversicherung bis Ende Dezember 1995

— die Einnahmen auf rd. 16,4 Mrd. DM,

— die Ausgaben auf rd. 9,7 Mrd. DM,

— der Einnahmeüberschuß auf rd. 6,7 Mrd. DM.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 21. März 1996 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Von dem Einnahmeüberschuß ist das im Dezember vom Ausgleichsfonds an den Bund ausgezahlte Darlehen von 1,1 Mrd. DM zur Investitionsfinanzierung in den neuen Bundesländern abzuziehen, das jedoch als Forderung gegen den Bund bis zur Rückzahlung im Jahre 2002 im Vermögen weitergeführt wird. Zum 31. Dezember 1995 ergibt sich somit ein verfügbarer Mittelbestand von 5,6 Mrd. DM. Gut 2 Mrd. DM davon bilden das Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen, das zur Sicherung ihrer Zahlungsfähigkeit gebraucht wird.

Bei diesen Beträgen handelt es sich um das Ist-Ergebnis 1995. Für einen Vergleich mit der Finanzschätzung sind zum Ist-Ergebnis noch alle Einnahmen und Ausgaben hinzuzuzählen, die zwar erst 1996 getätigt werden, sich aber noch auf das Jahr 1995 beziehen. Ein endgültiges Ergebnis für 1995, das eine entsprechende Abgrenzung der bis Ende Januar erkennbaren Beträge beinhaltet, liegt erst mit dem jährlichen Rechnungsergebnis PJ 1 Anfang Juni 1996 vor.

Finanzentwicklung in der Privaten Pflegeversicherung

Für die private Pflegeversicherung sind abschließende Aussagen zur Einnahmen- und Ausgabensituation im Jahr 1995 noch nicht möglich, weil noch nicht sämtliche Rechnungsergebnisse der 44 die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Unternehmen der privaten Krankenversicherung vorliegen. Es wird jedoch für das Jahr 1995 ein ausgeglichenes Ergebnis erwartet. Trotz einer im Vergleich zu den Pflegekassen der sozialen Pflegeversicherung niedrigeren Ablehnungsquote und einer stärkeren Besetzung der Pflegestufen II und III sind die tatsächlichen Aufwendungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung für Pflegefälle im Rahmen der Kalkulation geblieben, so daß – auch unter Berücksichtigung der wegen des Anwartschaftsdeckungsverfahrens notwendigen Rückstellungsbildung – von einem positiven Abschluß auszugehen ist.

2. Nach welchen Grundsätzen und in welchem finanziellen Umfang soll der Finanzausgleich zwischen den einzelnen Pflegekassen durchgeführt werden, und wie erfolgt der Finanzausgleich für das Jahr 1995?

Das Bundesversicherungsamt hat mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen eine gemeinsame Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs in der sozialen Pflegeversicherung auf der Grundlage des § 66 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen. Diese Vereinbarung, die unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zustande gekommen ist, sichert eine reibungslose und sachgerechte Durchführung des Finanzausgleichs.

Der Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung ist als ein reiner Liquiditätsausgleich ausgestaltet, der monatlich durch das Bundesversicherungsamt in Berlin durchgeführt wird. Im Rah-

men dieses Finanzausgleiches sind alle Einnahmen und Ausgaben der einzelnen Pflegekassen auszugleichen.

Besteht aufgrund der Mitteilung einer Pflegekasse, die nach der oben erwähnten Vereinbarung jeweils zum 15. eines Monats gegenüber dem Bundesversicherungsamt abzugeben ist, eine Differenz zwischen dem Betriebsmittel- und Rücklagensoll im Vergleich zu den tatsächlich vorhandenen Mitteln am Ende des Vormonats, so ergibt sich hieraus eine Forderung dieser Pflegekasse an den Ausgleichsfonds, im umgekehrten Fall eine Zahlungsverpflichtung an den Ausgleichsfonds.

Der Jahresausgleich dient vor allem dazu, Forderungen und Verpflichtungen in Form einer Jahresrechnung festzustellen und eine zeitliche Rechnungsabgrenzung vorzunehmen. Die Ergebnisse des monatlichen Ausgleichs sind in dem Jahresausgleich ggf. zu bereinigen.

3. Nach welchen Grundsätzen erfolgt der Risikoausgleich zwischen den den privaten Krankenkassen zugeordneten Pflegekassen, und welche Konsequenzen für den Risikoausgleich ergeben sich nach diesen Grundsätzen für 1995?

Nach § 111 Abs. 1 SGB XI müssen sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung betreiben, zur dauerhaften Gewährleistung der sozialverträglichen Rahmenbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein besonderes Ausgleichssystem schaffen und erhalten. Dieses Ausgleichssystem hat gemäß den gesetzlichen Vorgaben einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen zu gewährleisten. Es muß sicherstellen, daß neuen Anbietern der privaten Pflege-Pflichtversicherung der Marktzugang nicht erschwert wird und sie sich an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen beteiligen können. In dem Ausgleichssystem werden die Beiträge ohne die Kosten (Verwaltungskosten) auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung betreiben, ermittelt.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben werden in dem Ausgleichsverfahren nach § 111 SGB XI nicht nur die unterschiedlichen Beitragseinnahmen, sondern auch die unterschiedlichen Leistungsausgaben ausgeglichen, die aufgrund der zufallsbedingten Risikoverteilung zwischen den einzelnen privaten Versicherungsunternehmen entstehen. Zur Durchführung des finanziellen Ausgleichs in der privaten Pflegeversicherung haben alle die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Krankenversicherungsunternehmen einen sogenannten Poolvertrag geschlossen, in dem nähere Einzelheiten geregelt sind. Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs obliegt der Aufsicht des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen (§ 111 Abs. 2 SGB XI).

Eine erste Ausgleichsberechnung nach den Regeln des Poolvertrages kann erst nach der Aufstellung der Jahresabschlüsse bei den einzelnen Versicherungsunternehmen erstellt werden. Da diese Arbeiten noch nicht vollständig abgeschlossen sind, liegen derzeit noch keine genauen Erkenntnisse für 1995 vor.

4. Ist es richtig, daß zwischen den gesetzlichen und den privaten Pflegekassen kein Risiko- bzw. Finanzausgleich erfolgt, und wie begründet die Bundesregierung die entsprechenden gesetzlichen Regelungen?

Es trifft zu, daß zwischen den sozialen Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung betreiben, kein gemeinsamer Finanzausgleich durchgeführt wird, es finden vielmehr Finanzausgleiche getrennt in den einzelnen Systemen statt. Eine Einbeziehung der privaten Versicherungsunternehmen in den Finanzausgleich der sozialen Pflegeversicherung war aufgrund der unterschiedlichen Beitragskalkulation in der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung von vornherein nicht möglich, so daß ein eigenes Ausgleichssystem für die die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden privaten Krankenversicherungsunternehmen geschaffen werden mußte.

5. Ist die Nichteinbeziehung der privaten Pflegekassen in den allgemeinen Finanzausgleich aller Pflegekassen aus der Sicht der Bundesregierung nicht eine unzulässige Bevorzugung der aufgrund ihrer Mitgliederstruktur schon privilegierten privaten Pflegekassen?

Die Nichteinbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen in den allgemeinen Finanzausgleich der sozialen Pflegekassen stellt keine unzulässige Bevorzugung der privaten Krankenversicherungsunternehmen dar. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben sind die Unternehmen innerhalb des Systems der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu einem solidarischen Ausgleich verpflichtet, Risikoselektionen sind ihnen nicht möglich. Sie haben den Versicherungsschutz uneingeschränkt allen der privaten Pflegeversicherung zugewiesenen Personen, also auch den bereits Pflegebedürftigen, zu sozialverträglichen Prämien zur Verfügung zu stellen, dürfen keine Risikozuschläge erheben und keine Vorerkrankungen ausschließen.

Es handelt sich also bei den privat Pflegeversicherten keineswegs um einen privilegierten Versichertenkreis. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, daß der privaten Pflegeversicherung nicht nur privat Krankenversicherte angehören. Ihr ist vielmehr auch ein Personenkreis von rund 500 000 Heilfürsorgeberechtigten und etwa 1,2 Mio. Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten zugewiesen worden. Die beiden letztgenannten Kassen sind geschlossen worden, so daß insoweit kein Nachwuchs mehr zu erwarten ist. Die sich daraus ergebende Belastung muß von

dem privaten Pflegeversicherungssystem solidarisch aufgefangen werden.

6. Welche Orientierungen gibt die Bundesregierung zur Verwendung des möglicherweise bei den Pflegekassen bestehenden Überschusses, und wie sichert sie, daß der bei den privaten Pflegekassen bestehende Überschuß zugunsten der pflegebedürftigen Menschen verwendet wird?

In der sozialen umlagefinanzierten Pflegeversicherung ist gewährleistet, daß Überschüsse unmittelbar den Versicherten zugute kommen. So werden sich ergebende Finanzierungsspielräume vorrangig für Leistungsanhebungen genutzt werden. Hierzu ist eine Rechtsverordnung nach § 30 SGB XI erforderlich; die Pflegekassen selbst haben keinen Spielraum für Leistungsanhebungen.

In der privaten Pflegeversicherung wird durch die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sichergestellt, daß Überschüsse zugunsten pflegebedürftiger Menschen verwendet werden. Denn nach § 12a Abs. 1 VAG haben alle Versicherungsunternehmen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung 80 vom Hundert der Zinsgewinne aus der Alterungsrückstellung den Versicherten gutzuschreiben. Auch für die private Pflege-Pflichtversicherung gilt diese gesetzliche Vorgabe. Die Einhaltung dieser Vorschrift wird vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen laufend überwacht.

Die in der Rückstellung angesammelten Mittel werden ausschließlich für die Pflegepflichtversicherten zur Milderung von erforderlichen Beitragsanpassungen und zur Finanzierung der Beitragsbegrenzung für Versicherungsnehmer der Geburtsjahre 1915 und früher verwendet.

Soweit für die soziale Pflegeversicherung Leistungsanhebungen beschlossen werden, gelten diese automatisch auch für die private Pflege-Pflichtversicherung.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333